

Inhoud

	Voorwoord	9
1	Introductie	13
1.1	Inleiding	13
1.2	COMET: de achtergronden	14
1.3	COMET: algemene kenmerken en inpassing	15
1.4	COMET: de effectiviteit	16
2	COMET in een groep: algemene aspecten en therapeutische attitude	19
2.1	Inleiding	19
2.2	Directiviteit, transparantie, doelgerichtheid en optimisme	20
2.3	Individuele training in een groep	21
3	Presessie: indicatiestelling (individueel)	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Is er sprake van een disfunctioneel lage zelfwaardering?	27
3.3	Is COMET voor lage zelfwaardering geschikt voor deze cliënt?	31
3.4	Thuiswerk na het indicatiegesprek	34
3.5	Mogelijke complicaties bij de indicatiestelling	34
4	Sessie 1, stap 1 t/m 3: vaststellen negatief zelfbeeld, uitgangspunt en rationale, en bepalen incompatibel tegenbeeld	35
4.1	Inleiding	35
4.2	Introductie van de training	36
4.3	Kennismaking en stap 1: (opnieuw) vaststellen negatief zelfbeeld	36
4.4	Stap 2: uitgangspunt en rationale	39

4.5	Stap 3: bepalen incompatibel tegenbeeld	43
4.6	Thuiswerk na sessie 1	47
4.7	Mogelijke complicaties tijdens sessie 1	47
5	Sessie 2, stap 4: illustreren met concrete tegenvoorbeelden	49
5.1	Inleiding	49
5.2	Bespreken van het thuiswerk	50
5.3	Thuiswerk: inventariseren en illustreren met concrete tegenvoorbeelden	51
5.4	Mogelijke complicaties tijdens sessie 2	54
6	Sessie 3, stap 5a en 5b: emotioneel versterken van tegenvoorbeelden: imaginatie en zelfspraak	57
6.1	Inleiding	57
6.2	Bespreking van thuiswerk uit sessie 2: verhaaltjes schrijven over situaties waar de positieve eigenschappen in actie waren	58
6.3	Individuele oefeningen in groepsverband	60
6.4	Imaginatie en positieve zelfspraak	65
6.5	Positieve zelfspraak met betrekking tot positieve eigenschappen	67
6.6	Thuiswerk: imaginatie en zelfspraak met betrekking tot positieve eigenschappen in actie	68
6.7	Mogelijke complicaties tijdens sessie 3	70
7	Sessie 4, stap 5c: emotioneel versterken van tegenvoorbeelden: motoriek (lichaamshouding en gelaatsuitdrukking)	73
7.1	Inleiding	73
7.2	Lichaamshouding en gelaatsuitdrukking	74
7.3	Thuiswerk: imaginatie en zelfspraak met betrekking tot positieve eigenschappen in combinatie met lichaamshouding en gelaatsuitdrukking	76
7.4	Mogelijke complicaties tijdens sessie 4	77
8	Sessie 5, stap 5d: emotioneel versterken van tegenvoorbeelden: muziek	80
8.1	Inleiding	80
8.2	Muziek	81

8.3	Thuiswerk: imaginatie en zelfspraak met betrekking tot positieve eigenschappen in combinatie met lichaamshouding en gelaatsuitdrukking, en muziek	82
8.4	Mogelijke complicaties tijdens sessie 5	83
9	Sessie 6, stap 6: contraconditionering 1: immuun maken	85
9.1	Inleiding	85
9.2	Contraconditionering: immuun maken	85
9.3	Thuiswerk: contraconditionering (immuun maken): triggers voor negatieve zelfwaardering koppelen aan een positief zelfgevoel	89
9.4	Mogelijke complicaties tijdens sessie 6	90
10	Sessie 7, stap 7: contraconditionering 2: coping	94
10.1	Inleiding	94
10.2	Contraconditionering: coping	94
10.3	Thuiswerk: coping door contraconditionering: van negatief zelfgevoel omschakelen naar positieve zelfwaardering	98
10.4	Mogelijke complicaties tijdens sessie 7	98
11	Afsluiting en evaluatie	100
	Literatuur	103
	Bijlage 1 Indicatieformulier COMET	106
	Bijlage 2 Rosenberg Self-Esteem Scale	107
	Formulieren	109
	Registratieformulier 1: beschrijving van het (onterechte) negatieve zelfbeeld	110
	Registratieformulier 2: inventarisatie positieve eigenschappen	111
	Registratieformulier 3: uitwerken in korte verhaaltjes van positieve eigenschappen	113

Registratieformulier 4: verslag van de oefeningen	114
Registratieformulier 5: overzicht van triggers voor een negatief zelfbeeld	115
Over de auteur	116
Toelichting op de dvd	117

1.1 Inleiding

Hoewel verstoringen in de zelfwaardering wel als symptoom worden beschreven bij verschillende stoornissen, is lage zelfwaardering of negatief zelfbeeld geen aparte stoornis in de *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Wel lijkt lage zelfwaardering in verschillende psychopathologieën een etiologische rol te spelen en het lijkt een risicofactor voor terugval, automutilatie en suïcide (Rüsch et al., 2007; Overholser, Adams, Lehnert & Brinkman, 1995; Stice, 2002; Van der Ham, Van Strien & Van Engeland, 1998; Mongrain & Leather, 2006). Lage zelfwaardering is bovenal een probleem waar veel mensen mee kampen en dat, ongeacht de DSM-stoornis waaraan zij al dan niet formeel lijden, voor hen de aanleiding vormt om hulp te zoeken bij de geestelijke gezondheidszorg.

Wellicht juist omdat het geen aparte psychische stoornis is, bestaan er binnen de klinische psychologie nauwelijks uitgebreid op effectiviteit en toepasbaarheid onderzochte behandelingen die specifiek verbetering van de zelfwaardering beogen. Het protocol van Fennell wordt weliswaar frequent toegepast, maar is nog niet empirisch getoetst (Fennell, 1997), terwijl Tarrrier's zelfbeeld-interventie weliswaar effectief is gebleken bij een cohort psychotische patiënten, maar nog niet bij andere patiëntgroepen is toegepast (Tarrrier, 2001; Hall & Tarrrier, 2003). Over het algemeen neemt men aan dat met het genezen van de primaire aandoening waarvoor de patiënt zich aanmeldt, ook de problematiek rondom zelfwaardering zal verminderen. Dit lijkt echter lang niet altijd in voldoende mate het geval te zijn (Fennell & Jenkins, 2004; Korrelboom, Van der Weele, Gjaltema & Hoogstraten, 2009; Maarsingh, Korrelboom & Huijbrechts, 2010). Daarom is het de moeite waard om te zoeken naar effectieve, specifiek op de verbetering van het zelfbeeld gerichte interventies.

In Nederland is daartoe de afgelopen tien tot vijftien jaar de *Competitive Memory Training*, oftewel COMET, ontwikkeld en op zijn effectiviteit

onderzocht (Korrelboom, 2000). In dit boekje zal de praktische toepassing van COMET uitgebreid worden toegelicht. Eerst zal in deze Introductie kort worden stilgestaan bij enkele theoretische achtergronden van COMET, enkele algemene kenmerken ervan, de inpassing van de interventie binnen de gehele behandeling en de stand van zaken rondom het onderzoek naar de effectiviteit.

1.2 COMET: de achtergronden

COMET is een cognitief-gedragstherapeutische interventie die doorgaans wordt toegepast als onderdeel van een meer omvattend behandelplan. Er zijn verschillende COMET-protocollen beschreven voor verschillende problematieken (zie voor een overzicht Korrelboom, 2011).

De uitgangspunten van COMET gaan allereerst terug op de huidige inzichten in leren en ‘ontleren’. Wat eenmaal is geleerd blijkt niet zomaar weer uit het langetermijngeheugen te kunnen verdwijnen. In plaats van te ‘ontleren’, leert men er tijdens het ‘vergeten’ juist iets bij. Dat wat men eerst voor juist hield, blijkt opeens niet onder alle omstandigheden te kloppen. Het voorheen geleerde wordt als het ware gecorrigeerd door nieuwe leerervaringen. Maar de oude kennis verdwijnt niet. In de juiste context kan zij dikwijls opnieuw worden geactiveerd en gedrag en gevoel opnieuw gaan bepalen (Bouton & Swartzentruber, 1991).

Ook in de psychotherapie worden oude betekenissen niet zomaar ‘ontleerd’. Brewin (2006) vergelijkt het langetermijngeheugen met een database waarin allerlei concepten met meerdere betekenissen zijn verbonden. Zo kan het concept ‘ikzelf’ zijn geassocieerd met ‘een goede vader zijn’, maar tegelijk ook met ‘lafheid’, ‘handigheid’, ‘sportiviteit’, ‘trouw’ en ‘domheid’. Afhankelijk van de context zijn deze betekenissen van ‘ikzelf’ allemaal tot op zekere hoogte waar. Omdat slechts één betekenis tegelijk kan worden getriggerd, is het de vraag in welke context welke betekenis wordt geactiveerd. Er ontstaat een *retrieval-hiërarchie* waarbinnen de verschillende mogelijke betekenissen met elkaar strijden om te worden geactiveerd. Psychopathologie zou dan impliceren dat te vaak niet-functionele betekenissen van een bepaald concept worden geactiveerd, en effectieve psychotherapie zou de activerbaarheid bevorderen van functionele betekenissen die tot dan toe onvoldoende competitief bleken te zijn (Brewin, 2006).

Precies dat tracht COMET te bewerkstelligen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van drie principes. De *emotionele saillantie* van functionele betekenissen wordt versterkt met behulp van imaginatie, motoriek

(lichaamshouding en gelaatsuitdrukking) en muziek (1). Tegelijk worden die functionele betekenissen regelmatig *herhaald*, in de sessie en tijdens thuiswerktaken (2). Ten slotte wordt de *associatie* versterkt van die functionele betekenissen met triggers die doorgaans juist negatieve opvattingen activeren, door gebruik te maken van contraconditi-
onering (3).

1.3 COMET: algemene kenmerken en inpassing

Tot nu toe wordt COMET voor lage zelfwaardering meestal uitgevoerd als aanvulling op de primaire therapie. Patiënten die, bijvoorbeeld, IPT (Interpersoonlijke Psychotherapie), medicatie, of CGT (Cognitieve Gedragstherapie) krijgen voor hun depressie, kunnen op indicatie van hun behandelaar naast, of aansluitend op die behandeling ook COMET voor lage zelfwaardering volgen. Iets vergelijkbaars geldt voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, sociale fobie of een eetstoornis. COMET kan daarbij zowel in groepsverband als individueel worden uitgevoerd. In het individuele geval wordt COMET meestal gegeven door de ‘hoofdbehandelaar’ bij wie ook de primaire therapie wordt gevolgd. Wanneer COMET in een groep wordt gegeven, wordt de COMET-training doorgaans uitbesteed aan een andere therapeut. Het COMET-protocol bestaat uit 7 verschillende stappen, die meestal in 6-9 sessies worden doorlopen. De sessies vinden doorgaans wekelijks plaats en duren 30-50 minuten bij individuele behandelingen en 90-120 minuten bij groepsbehandelingen. In het laatste geval gaat het om 5-10 patiënten per groep die door een of twee therapeuten wordt geleid. Meestal zijn die therapeuten GZ-psychologen, klinisch psychologen of psychotherapeuten. Maar ook anders opgeleiden (verpleegkundigen en hbo-groepswerkers, bijvoorbeeld) verzorgen met succes COMET-trainingen. Voorwaarden voor een adequate uitvoering lijken, naast voldoende kennis van en ervaring met het COMET-protocol, vooral te bestaan uit affiniteit met directief werken in het algemeen en ervaring met de specifieke doelgroep (depressieve patiënten, eetstoornispatiënten, patiënten met een persoonlijkheidsstoornis enzovoort) voor wie COMET is bestemd. De zittingen volgen een vast stramien, dat is vastgelegd in een protocol. Voorafgaand aan de eerste therapeutische COMET-sessie vindt een korte diagnostische zitting plaats, waarin wordt nagegaan of aan de inclusiecriteria voor COMET wordt voldaan en waarin de patiënt nadere informatie krijgt over de te volgen procedure. Deze diagnostische zitting is altijd individueel.

1.4 COMET: de effectiviteit

De effectiviteit van COMET voor lage zelfwaardering is inmiddels in een aantal studies onderzocht. Alle studies naar COMET voor lage zelfwaardering zijn tot dusverre uitgevoerd bij groepsbehandelingen. In een eerste ongecontroleerde pilotstudie kregen patiënten boven op een reguliere behandeling een module COMET voor lage zelfwaardering. In een *completers*-analyse van 75 patiënten zonder vergelijkingsgroep bleken deze patiënten significant en in hoge mate te verbeteren tussen voor- en nameting op zelfwaardering, depressiviteit en autonomie (Olij et al., 2006).

Een tweede onderzoek werd uitgevoerd bij (dag)klinische patiënten die in een centrum voor klinische psychotherapie werden behandeld voor eetstoornissen, persoonlijkheidspathologie of een combinatie van beide. Ook hier ging het om een *completers*-analyse zonder een vooraf onafhankelijk vastgelegde vergelijkingsgroep. Deze keer ging het om 31 patiënten. Terwijl tijdens de gemiddeld 17 weken intensieve reguliere behandeling voorafgaand aan COMET geen significante veranderingen konden worden gedetecteerd, bleken patiënten gedurende de daaropvolgende 8 weken COMET (in combinatie met de voortgaande intensieve reguliere therapie) significant en in hoge mate te veranderen op zelfwaardering en autonomie. Ruim 70% van de patiënten realiseerde tijdens 8 weken COMET een *reliable change* en bijna 40% een *clinical significant change* met betrekking tot zelfwaardering. Deze veranderingen leken betrekkelijk stabiel. In een post-hocanalyse bleken patiënten die tijdens hun behandeling COMET hadden gevolgd bovendien aan het eind van hun totale behandeltraject een hogere zelfwaardering te hebben dan patiënten die geen COMET in hun behandelpakket hadden gehad (Korrelboom, Van der Weele et al., 2009).

De derde studie naar COMET voor lage zelfwaardering was gerandomiseerd. Er werden 52 patiënten met een eetstoornis over twee condities gerandomiseerd. De ene groep volgde alleen reguliere therapie voor hun eetstoornis, de andere groep kreeg naast deze reguliere therapie ook 8 weken COMET voor lage zelfwaardering. De analyses waren op een *intention-to-treat*-basis. Na die 8 weken waren er significante verschillen in zelfwaardering en depressiviteit opgetreden ten gunste van de COMET-groep. Die verschillen waren middelmatig tot groot in omvang. Bijna 30% van de patiënten in COMET en niemand van de patiënten in de controlegroep realiseerden een klinisch significante verandering (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009).

Een vergelijkbare gerandomiseerde studie werd uitgevoerd bij 91 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook hier werden de analyses op een *intention-to-treat*-basis uitgevoerd. Patiënten die COMET hadden gevolgd deden het significant beter op zelfwaardering en depressiviteit. Die verschillen waren behalve significant ook groot. De veranderingen bleven stabiel over een periode van ten minste 3 maanden. Direct na afloop van COMET had bijna 40% van de patiënten een *reliable change* op zelfwaardering gerealiseerd en 24% een *clinical significant change*. In de controlegroep gold dit slechts voor respectievelijk 13% en 4% van de patiënten (Korrelboom, Marissen & Van Assendelft, 2011).

In een pilotstudie met 86 depressieve patiënten die naast hun reguliere therapie COMET volgden, bleken op basis van *intention-to-treat*-analyses zelfwaardering, depressiviteit en autonomie significant en in hoge mate te veranderen gedurende 8 weken COMET. Wanneer de patiënten werden opgesplitst in verschillende subdiagnoses ('depressieve stoornis', 'bipolaire stoornis', 'andere depressieve stoornis' en 'depressieve stoornis in gedeeltelijke remissie') kwamen vergelijkbare resultaten naar voren: significante en grote verbeteringen op alle hoofd- en secundaire uitkomstmaten. In een post-hocanalyse werden de resultaten vergeleken met een beschikbare vergelijkingsgroep van depressieve patiënten die geen COMET volgden. Wanneer rekening werd gehouden met verschillen tussen de groepen op de beginmetingen, deden de patiënten die COMET hadden gevolgd het, over een vergelijkbare therapieperiode gemeten, aanzienlijk beter op zelfwaardering, depressiviteit en autonomie dan de vergelijkingsgroep (Maarsingh et. al., 2010). Ten slotte werd, opnieuw bij ambulante depressieve patiënten, een gerandomiseerde studie uitgevoerd. Opzet en uitvoering van deze studie waren vergelijkbaar met die bij de patiënten met een eetstoornis en die met een persoonlijkheidsstoornis. Ook hier bleken de patiënten in de COMET-conditie, op basis van een *intention-to-treat*-analyse significant beter te scoren op zelfbeeld en depressiviteit dan patiënten die uitsluitend reguliere therapie kregen. Ook de ruminatiescores van de patiënten in COMET verbeterden significant. De verschillen waren bovendien groot op alle maten. Ook hier bleven de effecten stabiel gedurende de geobserveerde periode (tot 6 maanden na afloop van COMET; Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, submitted).

Alles bij elkaar lijkt COMET voor lage zelfwaardering een effectieve transdiagnostische interventie te zijn, althans op de korte en waarschijnlijk ook middellange termijn, die zowel in groepsverband als individueel kan worden toegepast. Een aantal vragen wacht echter nog op antwoord. Het is bijvoorbeeld nog onduidelijk welke elementen in

COMET het meest werkzaam zijn en ook de langetermijneffecten zijn nog onzeker. Evenmin is COMET voor lage zelfwaardering al vergeleken met andere specifiek op zelfwaardering gerichte interventies. Bovendien is de invloed nog onbekend van COMET op impliciete zelfwaardering, volgens sommige auteurs een wellicht nog belangrijker aspect dan de expliciete zelfwaardering die tot nu toe in de COMET-onderzoeken is gemeten (De Raedt, Schacht, Franck & De Houwer, 2006). Ten slotte moet nog blijken of de vermelde resultaten gerepliceerd kunnen worden door onafhankelijke onderzoeksgroepen. Daarnaast moet worden nagegaan of COMET ook waardevol kan zijn als een op zichzelf staande behandeling. Enerzijds wordt daarbij gedacht aan een preventieve interventie bij groepen met lage zelfwaardering die het risico lopen om psychopathologie te ontwikkelen. Anderzijds moet ook worden overwogen om COMET voor lage zelfwaardering te testen als monotherapie voor depressieve patiënten. In alle COMET-studies tot nu toe blijkt depressiviteit in ongeveer vergelijkbare mate te verbeteren gedurende COMET als zelfwaardering. Ook in twee studies bij depressieve patiënten bleek de toevoeging van COMET aan een reguliere depressiebehandeling een aanzienlijk extra positief effect op depressiviteit te hebben (Korrelboom et al., submitted; Maarsingh et al., 2010).